

FORMULARIO**DATOS DEL DELEGADO**

Nombre y Apellido:

Fecha de pedido: / /

TIPO DE CONVENIO☐ Profesional directo☐ Óptica☐ Farmacia**DATOS DEL PROFESIONAL**

Razón Social - Nombre del profesional:

Fecha de Nac.: / /

Localidad:

Celular:

Matrícula:

Provincia:

Domicilio Laboral:

N° inscripción S.S.S:

C.P.:

Tel. Laboral:

Especialidad:

E-mail:

Domicilio legal:

Tel. Particular:

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR (PROFESIONAL DIRECTO)

- Comprobante de C.B.U. emitido por entidad bancaria.
- Constancia de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la S.S.S.
- Copia del título.
- Listado de Prestaciones que brinda.
- Fotocopia de DNI.

DATOS DE ÓPTICA O FARMACIA

Razón Social:

Nombre y Apellido del titular:

Fecha de Nac.: / /

Localidad:

Tel. Particular:

Matrícula:

Provincia:

Celular:

N° inscripción S.S.S:

C.P.:

Domicilio Laboral:

Domicilio legal:

E-mail:

Tel. Laboral:

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR (ÓPTICAS Y FARMACIAS)

- Comprobante de C.B.U. emitido por entidad bancaria.
- Habilitación Municipal.
- Habilitación e inscripción en el Colegio de Farmacéuticos.
- Fotocopia de DNI.